Ein Beitrag

zu den

Dermoidcysten des Ovarium.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe
und Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik

der medicinischen Fakultät zu Tübingen

vorgelegt

von dem approbirten Arzt

Reinhold Munk

aus Göppingen.

Tübingen

L. Fr. Fues'sche Buchdruckerei

(Fues & Kostenbader)

1885.

Ein Beitrag

zu den

Dermoidcysten des Ovarium.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe

und Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik

der medicinischen Fakultät

vorgelegt

von dem approbirten Arzt

Reinhold Munk

aus Göppingen.

Tübingen

L. Fr. Fues'sche Buchdruckerei

(Fues & Kostenbader)

1885.

Seinem lieben Vater

Oberamtsarzt Dr. Munk

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Einleitung

Die Dermoidcysten nehmen in der Reihe der so häufig in den Ovarien vorkommenden Cystenbildungen eine besondere Stellung ein, nicht nur wegen ihrer eigentümlichen Zusammensetzung sondern auch wegen ihres Verlaufes, der sich ganz wesentlich von dem der gewöhnlichen Cysten und Kystome unterscheidet.

Dermoidcysten kommen schon in früherem Kindesalter vor. Von den ersten Jahren der Kindheit bis zu denen der Pubertät sind die Dermoidcysten die häufigste Art von Eierstockgeschwülsten; sie kommen aber auch in den zwanziger und dreißiger Jahren noch sehr häufig vor. Nach einer Zusammenstellung von Pauly über 103 eigene Fälle und 59 von Lebert fielen 8 Fälle auf das erste Dezennium des Lebens, 29 auf das zweite, 41 auf das dritte, 33 auf das vierte, 31 auf das fünfte, 13 auf das sechste, 4 Fälle auf das siebente und 3 Fälle über 70 Jahre. Die vor der Pubertät sich entwickelnden Dermoide zeigen ganz gewöhnlich ein sehr geringes Wachstum; erst zur Zeit des Pubertät, wo die Genitalorgane sich entwickeln, fangen sie häufig rasch zu wachsen an; ferneren Anstoß zum raschen Wachstum geben besonders Geburten und Wochenbetten, zu welchen Zeiten die Geschwülste sich auch sonst verändern. Der Verlauf und die Erscheinungen der Dermoidcysten sind sehr verschieden. In vielen Fällen erreichen die Geschwülste überhaupt nur geringe Größe und bleiben, ohne irgend welche erhebliche Erscheinungen hervorzurufen, für das ganze Leben stationär. In der Mehrzahl der Fälle aber führen sie zu den bedenklichsten Krankheitserscheinungen und keineswegs selten zum Tod.

Vor Allem zeichnen sich die Dermoide durch ihre große Neigung zur Entzündung, welche sich auch bald auf die nächste Umgebung erstreckt, und durch Vereiterung und Verjauchung aus, während diese Vorgänge, besonders die letzteren, bei den gewöhnlichen Cysten und Kystomen des Ovarium selten sind. Es vereitern und verjauchen meist nur kleine im kleinen Becken liegende Geschwülste, wo sie, meist eingezwängt, manigfachen Insulten ausgesetzt sind; für einzelne Dermoide muß man auch annehmen, daß der Inhalt besonders die Entzündung und Vereiterung begünstigt.

Der Durchbruch erfolgt wegen der meist tiefen Lage der Geschwülste am häufigsten in den Mastdarm oder in die Vagina, seltener in die Blase oder durch die Bauchdecken. Erfolgt der Durchbruch in die Bauchhöhle, so entsteht meist rasch eine allgemeine Bauchfellentzündung, die zum Tod führt. Bei dem Durchbruch in den Darm kommt es dann häufig zu secundärem heftigem Darmkatarrh, welcher im Verein mit dem Fieber zur Erschöpfung der Patientin führt.

Daß der erste Anstoß zur Entzündung und nachherigen Vereiterung der Dermoide durch Insulte zu Stande kommt, beweisen die zahlreichen Fälle, wo diese Prozesse sich unmittelbar an die Geburt anschließen und dann zur Vereiterung und Verjauchung führen.

Eine andere Eigentümlichkeit der Dermoide besteht darin, daß sie sich keineswegs sehr selten mit verschiedenen Degenerationen des Stroma, besonders mit der Colloidentartung combiniren; man findet in diesen Fällen neben einem einfachen Dermoid ein meist großes proliferirendes Kystom mit colloidem Inhalt in demselben Ovarium vor.

Die Gestalt der Dermoide kann auch dadurch noch verändert werden, daß in einzelnen allerdings seltenen Fällen die im Dermoid liegenden Schweißdrüsen in Retentionscysten bis zur Faustgröße sich verwandeln können, welche eine harte Wandung und einen hellen, dünnen In-

halt haben und secundäre zahlreiche Geschwülste in der Höhle des Dermoids darstellen. Ja auch die Talgdrüsen in der Wandung des Dermoids finden sich in einzelnen Fällen im Zustande der Sekretretention, so daß sie wie Milium, Acnebildung und Atheromcysten sich verhalten.

Sehr selten kommt es vor, daß Dermoidcysten mit Krebs sich kombiniren.

Die Dermoidcysten sind einfache Cysten, nicht proliferirend, welche keineswegs selten in beiden Ovarien gleichzeitig vorhanden sind und Mannskopfgröße erreichen. Der Inhalt derselben besteht gewöhnlich aus einer schmierigen, der Vernix caseosa ähnlichen Masse, welche aus Fett und Epidermiszellen besteht. In dieser Masse liegen meist verfilzt oder zu verschieden großen Knäueln geballt hellblonde oder rötliche Haare. Außerdem finden sich häufig Knochen und Zähne vor, die letzteren stecken entweder in dem Knochen oder in dem bindegewebigen Lager der Wandung und sind gewöhnlich ganz normal gebildet. Lebert fand in 129 Dermoiden 63 mal Zähne vor, Pauly in 245 anderen Fällen nur 46 mal. Schnabel (Württemb. Korrespondenzblatt 1844. 10) fand in der Dermoidcyste eines 13jährigen Mädchens in 3 Knochenplatten über 100 Zähne, die mit Ausnahme der meist unvollkommen gebildeten Wurzeln gut gebildet waren. Plouquet und später Autenrieth (Keith und Autenrieth, Arch. f. Physiologie 1807 p. 255) beschrieben die Cyste einer 22jährigen Frau, aus welcher 300 Zähne entfernt wurden und das war noch kaum die Hälfte der vorhandenen.

Seltene Befunde, welche die Erklärung der Entstehung der Dermoide erschweren, sind das Vorhandensein von Nervensubstanz, welche Steinlin, Gray, Virchow, Rokitansky, Adel, Key, Friedreich, Stilling, Klebs in den Cysten vorfanden. Virchow fand in einem Falle die Nervenmasse geschichtet, wie das kleine Gehirn; Rokitansky fand sie in der Cystenwand in einer Kapsel liegend, von ihr ausgehend einen Nerven-

stamm, welcher sich teils in den Knochen, teils in die Cystenwand verzweigte.

In einzelnen Fällen fand man glatte Muskelfasern, in sehr seltenen Fällen auch quergestreifte, der Cystenwand aufliegende.

Die Diagnose der Dermoide ist mit Sicherheit erst zu machen, wenn der Inhalt sichtbar ist. Für das Vorhandensein sprechen geringe Größe der tief im kleinen Becken liegenden Geschwulst, Stationärbleiben derselben durch sehr lange Zeit, kindliches oder sehr jugendliches Alter der Patientin, auftretende Entzündungen in der Geschwulst und deren nächsten Umgebung, auftretende Vereiterung derselben; auffallend teigiges Anfühlen derselben, oder das mehr weniger deutliche Durchfühlen von Knochenstücken bei dünner, schlaffer Cystenwand.

Die Prognose ist bei kleinen, stationär bleibenden Dermoiden eine günstige; schlechter wird sie, wenn Colloidentartung hinzukommt, wodurch die Cysten sehr rasch bedeutend wachsen. Schwangerschaften und Geburt machen die Prognose noch ungünstiger, da erfahrungsgemäß sich leicht Entzündungen der Cyste mit Vereiterung anschließen.

Die Therapie ist selbstverständlich nur eine chirurgische: die Punktation ist nicht zu empfehlen, da leicht ein Teil des Cysteninhaltes in die Bauchhöhle austreten und Bauchfellentzündung veranlassen kann. Ist die Perforation der Cyste nach einem Nachbarorgan bereits erfolgt, so hat die Behandlung lediglich die Aufgabe, für freien Abfluß des Cysteninhaltes, durch Offenhaltung, Dilatation der Fistelöffnung, besonders von der Vagina aus Sorge zu tragen und sorgfältig zu desinficiren. Im einzelnen Falle kann bei Verwachsung der Geschwulst mit dem Scheidengewölbe, bei sicher konstatierter Entzündung und Vereiterung derselben die Incision und permanente Drainage indizirt erscheinen; in allen anderen Fällen ist, wenn überhaupt chirurgisch eingegriffen werden muß, nur die Entfernung der Geschwulst durch die Bauch-

decken indizirt. Diese Operation ist im einzelnen Falle wegen der häufig vorkommenden Adhäsionen im kleinen Becken ungleich mühsamer, doch scheint die Prognose nicht viel schlechter zu sein als bei den anderen Cysten und Kystomen. Sp. Wells (Transact. path. Soc. of London 1876 N. 21) hat unter 800 Ovariotomien 20mal Dermoidkystome operirt und darunter 18 Genesungen erzielt d. h. nur 10 % Mortalität, während die allgemeine Mortalität seiner Fälle 25 % beträgt. Olshausen (Klinische Mitteilungen 1881. S. 43) hat unter 200 Laparotomien 8mal Dermoide exstirpirt, von welchen nur eine Patientin an Peritonitis und Endocarditis ulcerosa starb. Die 8 Fälle betrafen zum großen Teil kleine Tumoren, die lediglich aus einer Dermoidcyste mit mehr weniger noch nachweisbarem Parenchym, das Ovarium daneben, bestanden. Einmal fanden sich drei kleinere Dermoidcysten in demselben Ovarium. In andern Fällen bestanden größere Colloidtumoren, von welchen die Dermoidcysten nur einen kleinen Teil der gesamten Masse ausmachten. Ein Tumor war verjaucht, bei einem andern Bestand Stiltorsion. Keith hat unter 300 Ovariotomien nur 5 Dermoide operirt. Professor Säxinger hat unter 125 Laparotomien 3 Dermoide operirt; in einem Falle waren beide Ovarien zu Cysten degenirt, in den beiden anderen war nur eine bis mannskopfgroße Cyste vorhanden; alle Frauen genasen. Anschließend an diese Einleitung will ich ein Dermoid beschreiben, das wiederholt Gegenstand klinischer Beobachtung gewesen ist und wo durch die Obduktion der interessante klinische Befund völlig sichergestellt wurde.

Am 31ten Mai 1882 wurde in die geburtshilflich-gynäkologische Klinik des Herrn Professor Dr. v. Säxinger die verheiratete 33 Jahre alte Katharine E. aus Bodelshausen Oberamt Rottenburg mit der Klage über starke Diarrhöen und heftige Schmerzen im Bauch und Kreuz aufgenommen.

Die Anamnese ergab, daß die Patientin zehn mal geboren hatte: zweimal mußte die Extraktion der Frucht mit der Zange und neunmal künstliche Placentarlösung vorgenommen werden. Am 30ten Januar

dieses Jahres trat im 6ten Schwangerschaftsmonat Abortus ein, wobei Patientin äußerst profusen Blutverlust erlitten haben will. Bei der Entbindung der todten Frucht riß der Kopf ab, so daß dieser erst nachträglich extrahirt werden mußte. Auch in den folgenden Tagen traten äußerst heftige Blutungen ein, welche aufhörten, als nach ca. 6 bis 8 Tagen der Arzt einen großen Placentarrest entfernte. Die Frau mußte unter heftigem Fieber sieben Wochen lang das Bett hüten und datirt seit dieser Zeit ihr jetziges anämisches Aussehen.

Die Periode war seit ihrem ersten Eintreten immer regelmäßig, aber schwach gewesen.

Status praesens: Dürftig genährte, äußerst anämische Frau von gelblicher Gesichtsfarbe. Bauchdecken sehr schlaff, von zahlreichen alten Schwangerschaftsnarben durchzogen. In der Unterbauchgegend ließ sich ein Tumor bis zum Nabel reichend nachweisen; derselbe lag genau median, hatte nahezu eine Kugelform und allenthalben an seiner Oberfläche ein glattes, prallelastisches, nicht fluktuirendes Anfühlen und war schmerzlos nach beiden Seiten hin verschiebbar; sonst war im Abdomen nichts Abnormes nachweisbar. Bei der inneren Untersuchung fand man ein Segment des oben erwähnten Tumors in das kleine Becken nach vorn hereingetreten. Der retroflectirte, etwas tiefer gelagerte und etwas vergrößerte Uterus steht extramedian nach links, da auch im rechten Scheidengewölbe ein Segment des Tumors sich hereindrängte. Die Untersuchung vom Mastdarm aus ergab denselben Befund; ein vom Uterus zum Tumor abgehendes Ligament konnte nicht getastet werden. Die Diagnose wurde auf einen Ovarialtumor gestellt, dessen dicke Wandung prall gespannt war. Die hochgradig anämische und abgemagerte Kranke wurde kräftig genährt, so daß sie am 22. Juni, wesentlich gebessert, auf eigenes Verlangen entlassen werden konnte.

Bei ihrer 2ten Aufnahme am 10. Januar 1883 macht die Frau über ihr Befinden seit der Entlassung folgende Angaben: in den ersten Wochen nach derselben blieb der Zustand gleich gut; der Bauch sei bald etwas größer, bald etwas kleiner gewesen, wobei die Frau jedoch nicht den eigentlichen Tumor, sondern den durch ungleich starke Kot- und Gasanhäufung bedingten Wechsel des Bauchumfangs im Auge hatte.

Anfangs September trat die Periode wieder ein, nachdem dieselbe seit dem Abortus im Januar ausgeblieben war; sie war schwach und schmerzlos und zeigte sich in derselben Weise ein paar Mal je nach 3 Wochen, blieb aber dann wieder bis jetzt vollständig aus. Mit dem Wiedereintritt derselben und nach ihrem Aufhören sei die Geschwulst etwas kleiner geworden.

Seit 10 Wochen leidet die Frau wieder an Diarrhöe, liegt seither zu Bett; zur Ernährung ist sie fast nur auf Milch angewiesen.

Status praesens: Die Frau ist noch viel magerer und elender geworden, als sie bei ihrem letzten Aufenthalt in der Klinik schon war; namentlich ist das Gesicht stark eingefallen. Der Bauch ist meteoristisch aufgetrieben und enthält in seinem untersten Abschnitt über der Symphyse einen weichen, elastischen, fluktuirenden Tumor, der vorne bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse geht, dessen Scheitel 2 Finger breit tiefer als der Nabel liegt. Die Geschwulst ist kugelig, beweglich von rechts nach links und überall gleichmäßig weich.

Innerer Befund: Der Vaginalteil ist hart, narbig; das Corpus uteri leicht retroflektirt, läßt sich gesondert abtasten und von dem Tumor isoliren. Die Sonde geht leicht hinein bis zur Marke im Sinne einer Retroflexion, zugleich etwas nach links. Im rechten und vorderen Scheidengewölbe läßt sich ein Segment des Tumors hereindrängen. Derselbe ist gut kindskopfgroß, fluktuirend, bimanuell sehr gut abzutasten und scheint jetzt eine vom rechten Ovarium ausgehende Cyste zu sein.

Per anum ist der retroflektirte und etwas vergrößerte Uterus sehr deutlich zu tasten.

Die Inguinaldrüsen waren nicht unbedeutend geschwollen; überhaupt lag im Hinblick auf die Kachexie und die hartnäckigen Diarrhöen der Gedanke an eine bösartige Neubildung nahe. Von Interesse war die geänderte Beschaffenheit des Tumors seit der ersten Untersuchung. Während er damals bis zum Nabel rechts prall gespannt und nicht fluktuirend sich präsentierte, erschien er jetzt kleiner, mit seinem Scheitel nur bis zwei Finger unter den Nabel reichend; zugleich war er viel weicher und allenthalben fluktuirend geworden. Er ließ sich

wie früher etwas nach den Seiten hin verschieben, war schmerzhaft, sein Verhältnis zum kleinen Becken und den Organen in demselben war das frühere; es konnte jetzt sicherer die Diagnose auf eine wahrscheinlich vom rechten Ovarium ausgehende Cyste gemacht werden. Die nur wenig fiebernde Patientin — höchste Abendtemperatur 38. 8 — war auf das äußerste herabgebracht, wozu vor allem die unstillbaren profusen Darmentleerungen das Meiste beitrugen. Die Entleerungen waren dickflüssig, graugelb, äußerst übelriechend, lehmartig, zeigten aber sonst keine besondere Beimengungen. Der Tumor zeigte ein wechselndes Verhalten; besonders was seine Größe und die Spannung seiner Wandung anbelangt. Wiederholt reichte sein Scheitel bis zum Nabel, ja etwas darüber, während er wieder zu andern Zeiten 2 bis 3 Finger unterhalb des Nabels sich abgrenzen ließ; seine Spannung war praller, je größer er war. Der Grund dieser wechselnden Größe und Spannung der Wand wurde bald gefunden. Wenige Tage nach der Aufnahme konnte Herr Professor Säxinger durch Druck mit der Hand von der vorderen Bauchwand aus ausgeübt den Tumor rasch und erheblich verkleinern, wobei ein eigentümliches zischendes Geräusch im Leib gehört wurde. Nach dieser Verkleinerung tritt rasch ein Collaps der Patientin ein, welcher aber bald sich beseitigen ließ. Eine halbe Stunde später stellten sich reichliche Diarrhöen ein von stinkendem, dickflüssigem, lehmartigem Kot. Diese Verkleinerung des Tumors durch Druck von Außen wurde ohne nachfolgenden Collaps noch wiederholt herbeigeführt, es war hiedurch festgestellt, daß die Cyste mit dem Darm kommunicirte, wodurch die verschiedenen Füllungszustände derselben sich erklären ließen. Die Untersuchung durch den Mastdarm ließ die Öffnung nicht nachweisen, sie mußte also höher oben liegen. Der Zustand der Patientin wurde immer schlechter in Folge der unstillbaren profusen Darmentleerungen; am 26. Februar Abends 7 Uhr starb die Frau thatsächlich an Erschöpfung.

Sektions-Protokoll der 15 Stunden p. m. vorgenommenen Obduktion.

Stark abgemagerte, anämische Leiche; leichtes Ödem der untern Extremitäten. Abdomen nur leicht aufgetrieben. Reichliche Schwangerschaftsnarben.

Eröffnung der Bauchhöhle. — Leber 3 Finger breit unterhalb

des Process. xiph. vorragend. Netz dünn, atrophisch, zusammengerollt. Colon transvers. vollkommen von geblähten Dünndarmschlingen bedeckt, welche dem unteren Rand der Leber anliegen. Weiter nach abwärts sind lediglich geblähte Darmschlingen sichtbar. Es wird auch der Beckeneingang von einer hinter der Symphyse gelegenen Darmschlinge nebst Mesenterium bedeckt. Die rechte Bauchseite unterhalb der Leber ist von geblähtem Coecum eingenommen. Die erwähnte, über dem Beckeneingang gelegene Darmschlinge ist an dieser Stelle auf ihrer Unterlage fixirt, läßt sich indessen leicht abheben. Es wird alsdann ein Tumor im Becken sichtbar, der letzteres so ziemlich ganz ausfüllt und mit seiner Spitze im Niveau der Symphyse steht. Der Tumor zeigt deutliche Fluktuation und ist nach rechts mit dem Coecum, sowie mit dem Mesenterium einer hinten gelegenen Darmschlinge durch strangförmige Adhäsionen verwachsen.

Lungen nicht retrahirt. Die linke zeigt circumscripte Adhäsionen.

Das Herz ist stark von den Lungen überlagert; im Pericard findet sich ein Eßlöffel voll klarer Flüssigkeit. Das Herz ist fettarm, äußerst schlaff, enthält dünnflüssiges Blut in mäßiger Menge neben speckhäutigen Faserstoffabscheidungen. Muskulatur beiderseits dünn, blaßbraun, schlaff. — Klappen intakt. —

Die linke Lunge ist lufthaltig; ihr Oberlappen im unteren Teil blaß, stark ödematös; der untere ist etwas blutreicher, ebenfalls ödematös, einzelne Läppchen entleeren bei Druck trübe graurote Flüssigkeit; ferner zeigen sich einige kleine Läppchengruppen luftleer, infiltirt, pneumonisch gekörnt, graurot. Die leicht geröteten Bronchien enthalten schaumige Flüssigkeit.

Die rechte Lunge ist voluminös. Die mittleren hinteren Partien des Unterlappens sind resistenter anzufühlen, mit zarten Faserstoffauflagerungen bedeckt. Der obere Lappen ist lufthaltig, teils ödematös, teils trocken, blaß.

Spitze und innerster Teil des unteren Lappens, sowie der vordere Rand sind lufthaltig, anämisch, ödematös; die hinteren und basalen Teile luftleer, infiltirt, die Schnittfläche hellgrau, gekörnt. Die subpleurale Schicht ist in der Tiefe von 2 cm. noch lufthaltig, aber hyperämisch und ödematös. Im Hauptast der A. pulmonal. des Unter-

lappens findet sich ein weicher, central erweichter Thrombus, in den leicht geröteten Bronchien schaumige Flüssigkeit.

Die Milz erweist sich als etwas vergrößert, mit ihrer Umgebung teilweise durch bandförmige Adhäsionen verwachsen. Ihr Gewebe ist von fester, speckiger Konsistenz und blaßgeröteter Farbe; die Schnittfläche matt glänzend. Die vergrößerten Follikel sind grau, durchscheinend, amyloid entartet.

Der linke Urether ist nicht erweitert. Die Niere vergrößert, die Kapsel etwas adhärent, ihre Oberfläche trübe, grauweiß, weniger transparent als gewöhnlich. Bei genauem Zusehen erblickt man in einer grauen, etwas durchscheinenden Grundsubstanz äußerst reichlich opak gelbliche, weiße Flocken. Auf der Schnittfläche zeigt die Rinde dieselbe Beschaffenheit, wie an der Oberfläche; die Markkegel sind streifig gerötet, die Rinde etwas verbreitert. In dem blassen Nierenbecken findet sich eine geringe Menge trüber Flüssigkeit.

Der rechte Urether ist nicht verändert, enthält etwas hellgelben, leicht getrübten Urin. Die Niere erscheint vergrößert, weiß gefleckt. Die Kapsel zeigt etwas Adhärenz an die brüchige weiche Rinde. Der sonstige Befund weicht nicht wesentlich von dem an der linken Niere ab.

Etwa 1 Meter oberhalb der Klappe findet sich eine Narbe in dem dadurch verkürzt erscheinenden Mesenterium; eine ähnliche Stelle höher oben.

Rechts vorne vom Tumor, demselben aufliegend, erblickt man eine Tube. An der Hinterfläche ist der Tumor verwachsen mit der Vorderwand des Rectum, höher oben auch mit dem Mesenterium einer anliegenden Dünndarmschlinge.

Die Blase enthält etwas gelben leicht getrübten Urin; ihre Schleimhaut ist blaß.

Die Scheide ist ziemlich weit, glatt.

Der Uterus liegt nach hinten und links unten von der erwähnten Cyste.

14 Centimeter oberhalb des Anus zeigen sich an der Vorderwand des Beckens mehrere kleine Öffnungen, aus denen sich bei Druck eine graue Flüssigkeit ergießt. Der Uterus ist kurz, mit der Umgebung besonders dem Rectum und der oben erwähnten Cyste vielfach verwachsen.

Das linke Ovarium liegt dicht neben dem Uterus, ebenso die linke Tube. Beide sind mit der Umgebung nur durch zarte Adhäsionen vereinigt.

Der erwähnte cystische Tumor liegt nach oben und rechts vom Uterus und entspricht seiner Lage nach dem rechten Ovarium.

Die Cyste enthält grauweiße, trübe Flüssigkeit und weichliche mit weißen Klümpchen vermischte Haare. Ihre Wand ist schiefergrau verfärbt; an einer verdickten Stelle derselben sitzt ein Haarbusch fest; daselbst findet sich auch ein $2^1/_2$ Centimeter langes und $1^1/_2$ Centimeter breites, unregelmäßig gestaltetes Knochenstück. Die Perforationsstelle im Rectum kommuniziert mit einer Öffnung in der Hinterwand der Dermoidcyste.

Der Gallengang ist leicht erweitert, die Leber ist sehr blutarm, nicht vergrößert, zeigt auf der Schnittfläche eine hellgraue Farbe, kleine Acini.

Amyloidentartung ist makroskopisch nicht sicher nachweisbar.

Im Darm findet sich trübe, graue Flüssigkeit; die Schleimhaut ist auffallend blaß und bekommt bei Jodbehandlung fleckweise Bräunung.

Der Magen ist blaß, zeigt einzelne Hämorrhagien, keine Jodreaktion.

Ebenfalls mit Tod endigte ein von Denmann (Schm. Jahrbücher 1878 I p. 150) beschriebener Fall, in welchem sich eine Dermoidcyste unter dem Bilde eines perimetritischen Exsudats mit spontanem Aufbruch in den Mastdarm präsentirte; derselbe trat 2 Monat nach dem Durchbruch an Eiterungsfieber ein. Bei der Sektion fand man das Zellgewebe um Uterus und Rektum verdickt, ebenso das Bauchfell; die Eingeweide allgemein verklebt. Rechts zwischen Uterus und Rektum vom Ovarialstroma ausgehend fand sich ein runder, orangegroßer Tumor, welcher dicht verfilzte Haare und halbfeste körnige Massen enthielt; eine kleine Fistelöffnung führte von da in's Rektum. Außer den den Tumor fast erfüllenden Haaren fand sich etwas Eiter in der Cyste.

Den Ausgang in Heilung nahm ein von Boscher (württb. med. Korresp.-Bl. 1867 No. 8) beschriebener Fall.

Es handelt sich um eine 66 Jahre alte verheiratete Frau, welche

einmal geboren hat. Sie klagte über hartnäckige Stuhlverstopfung, erschwertes Urinieren, unerträglichen Schmerz im Unterleib. Patientin ist äußerst anämisch, schwach und bettlägerig; die Temperatur bedeutend erhöht. Der Unterleib ist bedeutend ausgedehnt, mehr als dem 8ten Schwangerschaftsmonat entsprechend, bei leiser Betastung äußerst schmerzhaft, und läßt eine von der Schamfuge bis in die Herzgrube reichende, harte, knotige, höckrige Geschwulst fühlen.

Die Untersuchung per vag. und rect. ist sehr schmerzhaft, die Portio vagin. kaum erreichbar, atrophisch, nach oben und hinten verschoben. Die ganze Beckenhöhle ist von einer prallen, sich hart anfühlenden Geschwulst ausgefüllt, welche vom rechten Eierstock auszugehen scheint.

Die Kranke befand sich unter exspectativ symptomatischer Behandlung wohl, bis sich reichliche anfangs kotige, später schleimig-wässerige Ausleerungen aus dem Mastdarm einstellten.

Diese hörten am andern Tag auf und mit ihnen war die Anschwellung des Unterleibs verschwunden; es ließ sich nur noch ein paar Zoll über der Schamfuge eine kindskopfgroße, hart und prall sich anfühlende Geschwulst auffinden, aber nirgends war eine Ruptur im Scheidengewölbe oder Mastdarm zu tasten. Fieber und Schmerzen waren verschwunden und die Frau erholte sich rasch.

Nach Verfluß eines halben Jahrs begann der Unterleib wieder anzuschwellen, bis nach ca. 2monatlichem Wachsen die pralle Geschwulst etwa 2 Zoll über den Nabel reichte, um sich, ohne die frühere Größe zu erreichen, unter denselben Erscheinungen wie das erstemal spontan durch den Mastdarm zu entleeren.

Nach 15monatlicher Beobachtung zeigte sich ein Recidiv nicht wieder.

Gleichfalls in Genesung giengen 2 von Dr. Stiegele beschriebene Fälle durch Durchbruch in den Mastdarm über.

Das eine Mal war es ein fester, das linke Hypogastrium und Mesogastrium ganz ausfüllender, 8 Centimeter über den Nabel sich erstreckender, ins rechte Hypogastrium reichender Tumor. Er füllte das kleine Becken vollständig aus und zeigte sich bei der Untersuchung per vagin. als eine elastisch anzufühlende, nicht fluktuirende Geschwulst mit derber Hülle umgeben; per anum fühlte man

sie stark nach hinten promonirend, das Lumen des Darms hochgradig verengend. Dementsprechend klagte Patientin außer großer Schmerzhaftigkeit im ganzen Unterleib über sehr hartnäckige Stuhlverstopfung mit äußerst mühsamer, schmerzhafter Defäcation, Harnbeschwerden bis zur Harnverhaltung; ferner Verdauungsstörung, Erbrechen. — Nach langem Bestehen brach die Geschwulst endlich ins Rektum durch, aus dem sich eine große Menge aus Blut, Eiter und colloider Masse bestehender Flüssigkeit entleerte. Diese Entleerungen, die schließlich rein eitrige Beschaffenheit annahmen, dauerten mehr als 4 Monat an, während welcher Zeit die Geschwulst stetig sich verkleinerte, um schließlich ein Jahr nach dem Durchbruch vollständig zu verschwinden.

Der 2te von Stiegele beschriebene Fall betrifft ein fast kopfgroßes Fibrom des linken Ovariums, welches unter dem Gebrauch von Jod-Natron-Wasser (Krankenheil) allmählig in Erweichung übergehend unter ganz denselben Erscheinungen in das Rectum durchbrach und nach 8monatlicher Eiterung in vollständige Heilung übergieng.

Im Anschluß gebe ich eine Zusammenstellung der mir bekannten einschlägigen Litteratur.

Fälle von Durchbruch in die Bauchhöhle beschreiben:

1. Huss Hydrops ovarii periodicus Allg. med. Centr. Zeitg. 1826, 29. November.
2. Weiglein (Wien) Schmid's Jahrbücher 1834. 4. pag. 54.
3. Pätsch: Caspars Wochenschrift 1835 N. 21 f. 22: wiederholte Berstung eines wassersüchtigen Eierstocks.
4. Dr. Addisson: Schmid's Jahrbücher 1837, 4. pag. 256.
5. J. Wilkins: Lancet 1844, 1. Juni.
6. Trautwein: Caspars Wochenschrift 1847 N. 36.
7. Baker Brown: Lancet Vol. I. 1849.
8. Herapath: W. B. Journ. Edinb. Januar 1849.
9. Bird: Edinb. med. and surg. J. 1849.
10. Bartscher: Monatsschrift f. Gbkde. 1855 pag. 351.
11. Herpin, Th. L'Union 135. 136. 1857.
12. Marchand: Union med. 1856 Oktober N. 131.

13. Milner Barry: Med. times a gaz. April 2. 1859.
14. Platzer: Wiener Spitalzeitung 1859 N. 5.
15. Lee, Rob.: Brit. med. Journ. September 12. 1857.
16. Gautier, V.: L'Union 142. 1857.
17. Crisp, Edw. Dr.: 3 Fälle von spont. Rupt. von Eierstockcysten Lond. Examin. April 1850.
18. Chroback: Wiener med. Presse 1869. N. 14.
19. Steinthal: Monatsschrift f. Gbdkde. 1859. November pag. 373.
20. Palm: Württb. med. Korresp.-Bl. 1871. N. 37.
21. Bridges: Phil. med. a. surg. Rep. March. 8. 1873.
22. Menzel: Wiener med. Wochenschrift 1873. N. 37.
23. Boinet: mal des ovaires. p. 124.
24. Duncan: med. times 1872 II p. 653.
25. Luton: L'Union 141. 1855.
26. Kryzan: Zur Kasuistik d. spont. Rupt. d. Ovarien-Cyst. Diss. Halle 1875.
27. Blundell: Lectures on midwifery.
28. Smith: Protheroe Lond. obst. Transact. 1872 p. 39.
29. Peaslee: Ovarian tumors p. 75 3 Fälle (2 eigene, einer von White).
30. Carson: Prov. med. J. III 8. 1846.
31. Milner, Barry: med. times July 13. 1861.
32. Simpson: J. Monthly J. o. med. Sc. XV. 528.
33. Larrey: Dermoidcyste in Verbindung mit einer Vesicoabdominalfistel. Im Auszug mitgeteilt von de Polinière Journal de Lyon Avril 1847.
34. Spiegelberg: über Perforation der Ovarialcystome in die Bauchhöhle.
35. Lebert: Zürich (Prager Vierteljahrsschrift LX pag. 25.) Über Dermoidcysten darunter mehrere Fälle von Aufbruch durch die Bauchdecken und die Blase. Nebst Litteratur-Angabe.
36. Broker: über die Ursachen der spontanen Perforation von Ovariencysten. Diss. Breslau 1869.

Durchbruch in den Darm:

1. Cook, William: Lond. med. Gaz. Vol. XXV. p. 625. 1843.

2. Bourdet: Fall einer Cyste od. Geschwulst im Unterleib in der linken Ovarialgegend; Entleerung von Flüssigkeit durch Magen und After. Unvollständige Heilung L'Union 125. 1850.
3. Lumpe: Zeitschr. d. Wiener Ae. 1858. N. 22.
4. Prof. Horatio R. Storer: Americ. Journ. of Obstetr. I 1—4. May, Aug., Novembr. 1868 Februar 1869. Rectum in Beziehung zu den weiblichen Genitalien. 4 Fälle.
5. Boscher: Württb. med. Correspbl. 1867. N. 8.
6. Murschison: Transact. path. Soc. XVIII 1868. p. 188.
7. Cooper Rose: Transact. Lond. obst. Soc. IX 1868 p. 44.
8. Philipart: Press. méd. Belge. 1871 N. 44.
9. Skanzoni: Frauen-Krankheiten 5. Aufl. p. 590.
10. Stiegele: Württb. Correspbl. N. 28. 1872.
11. Denman: Schm. Jahrbücher 1878 I p. 250.

Betreffs den Durchbruch der Ovarialcysten in die Blase verweise ich auf die umfassende Litteratursammlung des Herrn Dr. Ludwig Pincus (deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 19. Band 1. Heft).

Bei Gelegenheit der Veröffentlichung dieser Arbeit spreche ich allen meinen verehrten Herrn Lehrern für das mir erwiesene Wohlwollen meinen wärmsten Dank aus; insbesondere bezeuge ich denselben Herrn Professor Dr. v. Säxinger für die gütige Überlassung des Materials sowie die freundliche Unterstützung bei der Arbeit.